様式第７号（第７条関係）

年 　月 　日

　　　　　　　　　　□重度心身障害者

　　　　　　　　　　☑子ども　　医療費受給資格喪失届

　　　　　　　　　　□ひとり親家庭

　大洲市長　　　　　　様

　　　　　　　　　受給(資格)者(死亡の場合届出人)

　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　氏名

　次のとおりお届けします。

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者番号 | 受給者又は子ども |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
| 理由（番号に○印と必要事項を記入してください） | 1.　死亡 | 喪失理由発生年月日 |
|  |
| 年　　　　　月　　　　　日　 |
|  |
| 2.　転出 |  |
| 転出先(2の場合) |
|  |
|  |
| 3.　生活保護適用 |  |
|  |
| 理由(5の場合) |
|  |
| 4.　助成対象者変更 |  |
|  |
|  |
| 備考 |
| 5.　その他 |  |
|  |
|  |
|  |
| (注)この届出には、資格を失った医療費受給者証を添付してください。※　記入しないでください。 |
| 受給者証の添付 | 有　　・　　無 | 決裁 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
| 資格喪失日 |  |  |  |  |  |
|  |